



Ariadna Barros - Arte sin Fronteras - Programa Talentos Especiales

Rocío del Pilar Velásquez Girón
Magíster en estructuras y Procesos de Aprendizaje
rocio.velasquez@insor.gov.co

Elfa Janeth Vargas Díaz
Especialista en Docencia Universitaria
elfa.vargas@insor.gov.co

Instituto nacional para Sordos -INSOR-

ESTADO DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DE HIPOACUSIA EN INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

Health Services State for Early Detection of Hearing Loss in Services Providers

Fecha de Recepción: 15 de Enero de 2011 - Fecha de Aprobación: 14 de Septiembre de 2011

RESUMEN

La detección temprana de la hipoacusia en los menores de 6 meses de edad, supone la atención oportuna para la adquisición y desarrollo temprano de una lengua que facilite a los menores acceder a una atención integral y calidad de vida como parte de su desarrollo humano, además, de responder a sus derechos como parte de las políticas nacionales existentes alrededor de la infancia. En este sentido la presente investigación* buscó conocer el estado de la prestación de algunos servicios de salud en cuanto a la estructura, organización y funcionamiento institucional, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS) y en los programas de promoción y prevención. A través de estos componentes se facilitara evidenciar la correspondencia entre lo enunciado desde el nivel legal, lo que comprenden las Empresas Promotoras de Salud (EPS), lo que asumen las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) y el beneficio que obtienen los usuarios menores en una atención de calidad, en la que se detecte tempranamente la hipoacusia. La metodología investigativa utilizada fue de tipo descriptivo, al caracterizar las condiciones territoriales de estructura, organización y funcionamiento institucional con que cuentan algunas IPS para adelantar acciones de promoción de la salud auditiva y detección de la hipoacusia. El método de investigación fue observacional cualitativo, de enfoque analítico-sintético, ya que se buscó conocer cada una de las partes que caracterizaban la realidad del estado actual de los servicios de salud estudiados, a través de la revisión y análisis documental de leyes y la indagación de los saberes de los profesionales administrativos y asistenciales.

PALABRAS CLAVES

Prevención de la hipoacusia, Detección temprana, estructura, organización y funcionamiento institucional, Sistema General de Seguridad en Salud.

ABSTRACT

Early detection of hearing loss in children under six months of age, is supposed an appropriate care for the acquisition and early development of a language, to ensure that children under a comprehensive care and quality of life as part of their human development, as well as respond to their rights as part of existing national policies around children. In this regard research attempted to know the status of some health services, in structure, organization and institutional functioning in the framework of the General system of Social Security, in the promotion and prevention programs, It will be demonstrated (or evidenced) the correspondence among as stated from the legal level, include the business promoters of health EPS, assume the lenders of IPS services institutions and the benefit they get in assistance or service of quality in which hearing loss is detected early. The research methodology used was descriptive to characterize the territorial conditions of structure, organization and institutional functioning available to some IPS, to advance actions of promotion of the ear health and detection of hearing loss. The research method was observational qualitative approach to analítico-sintético, since that was expected to meet each of the parties that characterized the reality of the current state of the studied health services, through the review and documentary analysis of laws and the investigation of knowledge of administrative and healthcare professionals.

KEY WORDS

Prevention of hearing loss, early detection, structure, organization and institutional operation, General health security system.

Dentro de las políticas, planes y programas nacionales, la promoción de la salud supone una acción intersectorial sólida que hace posible la movilización social requerida para la transformación de las condiciones de salud (1), lo cual infiere la existencia de adopciones y medidas necesarias en el tema de la salud auditiva y comunicativa de los bebés, como parte de la protección de los derechos de todo recién nacido.

Dentro de estas acciones sectoriales, la detección temprana (2) juega un papel relevante en la medida en que a través de actividades, procedimientos e intervenciones se puede identificar en forma oportuna y efectiva la hipoacusia, facilitando su diagnóstico y atención, con el fin de evitar o reducir el riesgo, de tal modo que no se afecte el desarrollo auditivo del bebé ni su desarrollo comunicativo, lingüístico y socioemocional, entre otros.

En este escenario cobra importancia conocer las condiciones territoriales en cuanto a los recursos disponibles que posibiliten la prestación integral de los servicios de promoción y prevención en la ejecución de acciones en salud y verificar así el cumplimiento de las políticas, planes y programas aplicados en las IPS(3).

El presente estudio liderado por el Instituto Nacional para Sordos (INSOR) y realizado con el apoyo de profesionales del Ministerio de la Protección Social (MPS), de la Oficina de Promoción Social y de la Institución Universitaria Escuela Colombiana de Rehabilitación (ECR), pretendió identificar y describir las condiciones territoriales de las IPS ubicadas en las ciudades de Bogotá y Tunja, y en los municipios de Siachoque y Chiquinquirá en el departamento de Boyacá, para llevar a cabo acciones de detección de la hipoacusia en la población menor (4).

Aunque el marco legal que soporta la prestación de los servicios de salud en Colombia presenta las estrategias de carácter general para desarrollar acciones de promoción de la salud y prevención, en sí mismo no establece una garantía de su aplicación en las diferentes regiones del país, garantía mediante la cual se hagan visibles las acciones que han de desarrollarse en los territorios y para que permitan la detección oportuna de la hipoacusia en los bebés menores de seis meses (5). Se pone de manifiesto que no son claros los mecanismos o las formas mediante los cuales se da aplicabilidad a dicho marco, en términos de la estructura, organización y funcionamiento institucional requeridos para el desarrollo de planes, proyectos y programas de promoción y prevención; para lo cual se proyecta que los resultados de este estudio contribuyan a mejorar las oportunidades y posibilidades futuras de una mejor prestación del servicio de salud en el nivel de atención primario y en el tema de la salud auditiva y comunicativa(6), buscando un mejor desarrollo y bienestar de los menores.

Los resultados investigativos son importantes en la medida que representan la situación de los programas y servicios ofrecidos en salud, relacionados con el tema de la promoción y prevención, y la relevancia de incluir la salud auditiva-comunicativa y la prevención de la hipoacusia en el menor de 6 meses de edad, como actividades prioritarias en Salud(7). Esto es relevante, si se tiene en cuenta

que las IPS tienen dentro de su responsabilidad adoptar y aplicar las normas técnico-científicas, administrativas y financieras para el cumplimiento de las acciones individuales en salud pública incluidas en el Plan Obligatorio de Salud (POS) del Régimen Contributivo y Subsidiado(8).

Igualmente aporta información pertinente y contextualizada sobre las acciones y recursos disponibles en las IPS de servicios de salud de los entes territoriales para la detección de la hipoacusia en niños menores de seis meses; se pretende que esta descripción y análisis se constituya en evidencia a partir de la cual se realicen recomendaciones prácticas al MPS y que permitan desde el nivel nacional direccionar las acciones pertinentes que generen estrategias, optimicen la capacidad del entorno colombiano y mejoren las condiciones para la detección oportuna de la hipoacusia en el sector salud (9).

Es así como en el presente estudio se delimita un marco de referencia relacionado, en primera instancia, con el concepto de atención en salud, entendido como “el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población” (10).

Dentro de este contexto y en segunda instancia, se hace relevante acudir a la definición de la calidad de la atención de salud, entendida como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario (10).

Estos dos conceptos enmarcan las condiciones generales bajo las cuales se espera que se desarrollen las acciones de promoción de la salud y prevención, específicamente de la salud auditiva, como uno de los ejes fundamentales para la calidad de vida de todos los colombianos. Articulado con esta temática, se define la constitución del Plan Nacional de Salud Pública a través de la Ley 1122 de 2007 (11), que define para cada cuatrienio las condiciones para mejorar la salud de la población colombiana, promoviendo condiciones y estilos de vida saludables, previniendo y superando los riesgos para la salud, y recuperando o minimizando el daño.

Por consiguiente, es importante exponer los conceptos relacionados con la promoción de la salud auditiva y prevención de la hipoacusia, como elementos esenciales a contemplar en el presente marco de referencia para el desarrollo del proyecto.

Según la Comisión de Regulación en Salud (CRES) de la República de Colombia, a través del Acuerdo 08 de 2009 (12), se afirma que la promoción y fomento de la salud se concibe como actividades, procedimientos e intervenciones de carácter educativo e informativo individual, familiar o colectivo, tendientes a crear o reforzar conductas o estilos saludables, a modificar o suprimir aquellas que no lo sean, informar sobre los derechos, riesgos, factores protectores, enfermedades, servicios de salud, promover y estimular la participación en el manejo y solución de los problemas de salud, de lo cual también se infiere que la promoción de la salud auditiva y comunicativa implica acciones o conductas protectoras y preventivas (agentes internos o medioambientales), tendientes a mantener el bienestar

auditivo y comunicativo a través de estrategias de tipo educativo fundamentalmente en personas como mujeres en edad fértil o en embarazo, madres o cuidadores de niños menores de 10 años (13).

La CRES también define la prevención de la enfermedad (8) como el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a los individuos y/o las familias cuya finalidad es actuar sobre factores de riesgo o condiciones específicas presentes en los individuos, en el ámbito familiar, la comunidad o el medio ambiente que generan la aparición de enfermedades. En el caso de la hipoacusia, se entiende en primer lugar como la eliminación de los factores que puedan significar el riesgo de su aparición, y en segundo lugar, como su detección temprana con lo cual se aminoraría el impacto de sus secuelas (6).

En cuanto a la eliminación de factores de riesgo o la prevención del riesgo se puede intervenir a través de acciones individuales y colectivas en salud orientadas a su reducción y de afecciones en la salud y la calidad de vida de las personas, con el fin de minimizar la pérdida de bienestar evitando, mitigando o reduciendo al mínimo la probabilidad de daño, mediante intervenciones compartidas entre el Estado, la comunidad, las EPS y los sectores cuyas acciones tienen incidencia en la salud de las personas(14).

La detección temprana se refiere al conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que permiten identificar de manera oportuna y efectiva la enfermedad, facilitando su diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la reducción de su duración y el daño causado y de este modo evitar secuelas, incapacidad y muerte (15). En el caso de la detección precoz de la hipoacusia, el hecho de identificarla tempranamente a través del tamizaje auditivo y la remisión oportuna hacia un diagnóstico médico y audiológico, facilita la atención y canalización hacia los servicios de salud y educativos que se requieran (16).

La identificación temprana se enmarca en el segundo nivel de atención en salud o Prevención Secundaria, recordando que los niveles de atención en salud para la promoción de una salud auditiva y prevención de la hipoacusia son:

Prevención Primaria: Actividades dirigidas al individuo y a la población general que buscan reducir el riesgo de un evento de enfermedad o accidente mediante la disminución del nivel de los factores de riesgo o de la probabilidad de su ocurrencia (17).

Prevención Secundaria: Actividades orientadas a una detección temprana, oportuna y efectiva de la enfermedad y sus consecuencias para reducir su duración (17)

Prevención Terciaria: Actividades orientadas a reducir o minimizar el sufrimiento. La duración de la enfermedad y sus consecuencias de discapacidad, lo mismo que promover el desarrollo de las capacidades potenciales o residuales (17).

Según el Artículo 12 del Acuerdo 08 de 29 de Diciembre de 2009 “por el cual se aclaran y actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado” (12), para acceder a los servicios especializados de salud, es indispensable

el tránsito o remisión por medicina general, salvo la atención de especialidad de pediatría cuando la persona ha sido diagnosticada y requiera periódicamente de estos servicios.

En síntesis, la prevención primaria abarca medidas destinadas a evitar la aparición de la enfermedad, y la prevención secundaria a gestionar el riesgo para detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. Por tanto, la prevención de la hipoacusia se entiende como la eliminación de los factores que puedan significar riesgo de aparición o la detección oportuna, para aminorar el impacto de sus secuelas.

Estos conceptos se consideran importantes en la prestación de servicios de salud para brindar una atención que contribuya a mejorar la calidad de vida de la población, principalmente en el menor de 6 meses, ya que aunque en Colombia existe un marco sociopolítico y legal que enuncia las disposiciones dentro del SGSSS, para el desarrollo de acciones de promoción en salud y prevención, Ley 100 de 1993 (18) , Ley 1122 de 2007 (3) , Decreto 3039 de 2007 (12) , entre otros, los niños con hipoacusia continúan siendo detectados tardíamente y acudiendo al sistema educativo con precarios niveles de desarrollo lingüístico, cognoscitivo y social (19).

Esta situación se sustenta en recientes investigaciones que identifican el promedio de detección a los tres años de edad, específicamente en Colombia entre los 24 y 36 meses (19), Chile entre los 30 y 36 meses (20) y Norteamérica entre 30 y 36 meses (21). Adicionalmente, otros estudios demuestran la importancia de la detección precoz de alteraciones sensoriales, entre ellas la hipoacusia infantil en la que 80% de los casos se presentan en el momento del nacimiento, poniendo de manifiesto la necesidad del diagnóstico precoz.

Esta necesidad se hace evidente en estudios como el realizado por Carvajalino y Escobar (22) que exponen como factores claves para la detección temprana de la hipoacusia las acciones de promoción y prevención realizadas con grupos de interés, los profesionales indicados para adelantar estas acciones, las condiciones económicas y de recursos disponibles de los contextos en los cuales se realiza la detección y los parámetros de evaluación que se tienen en cuenta, entre otros. El estudio reporta que en cuanto a grupos con madres gestantes y niños, el control médico no se está realizando con la importancia requerida; lo que conlleva a que las pérdidas auditivas se detecten tardíamente y por ende su intervención.

De otro lado enuncia, que aunque por ley son responsables en primera instancia de las acciones de promoción y prevención las instituciones de primer y segundo nivel de atención que brindan servicios dentro del POS, estas detectan menos la hipoacusia en los niños que los de tercer nivel. En relación con los contextos en los cuales se realiza la detección, las entidades públicas buscan mayor cobertura ocasionando que la calidad en el servicio no sea la más adecuada, y que no exista el personal suficiente y preparado. En cuanto a los parámetros de evaluación se concluye que los exámenes están dejando por fuera la evaluación auditiva, y si se realiza no se está aplicando con criterios claros sobre los aspectos y formas de evaluarlos.

En relación con estos hallazgos vale la pena explicar que de acuerdo a la Guía técnica para la detección temprana de las alteraciones

del crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años (23, 6), se plantea que a todo niño con factores de riesgo de hipoacusia se le evalué su audición a través de los potenciales evocados auditivos de tallo en el período neonatal o en los primeros meses de vida. Al mismo tiempo dentro de su justificación, la guía plantea la vigilancia y acompañamiento en las consultas de crecimiento y desarrollo, así como la detección temprana y atención oportuna de sus alteraciones, en el caso de la valoración auditiva para niños y niñas menores de cinco años, como la posibilidad de una intervención con alta rentabilidad social y económica.

Sin embargo, no hay disposiciones que apliquen para la valoración auditiva de todos los niños y niñas, lo que contrasta con planeamientos de investigación como el de Bess (24), quien afirma que la valoración auditiva debe ser para todos los niños y niñas nacidos vivos, pues el 90% de las pérdidas auditivas congénitas no tienen historia familiar de sordera y solamente el 25% de los casos son genéticos en origen. Numerosos estudios han determinado que entre el 40 y 50% de los niños y niñas detectados con pérdida auditiva no tienen historia ni familiar ni de alto riesgo.

De otro lado, el INSOR en convenio interadministrativo de cooperación técnica con la Secretaría Distrital de Salud, unió esfuerzos en la presentación de propuestas para identificar tempranamente la hipoacusia y realizó el estudio “Validación del Instrumento de Tamizaje para la Detección Temprana de Deficiencias Auditivas en la población menor de cinco años que asiste a las consultas de crecimiento y desarrollo, en siete centros de salud, de la localidad de Usaquén de Bogotá” (13); se evidenció en los hallazgos que los profesionales del área de la salud que se desempeñan en estos programas, requieren capacitación y orientaciones específicas en las acciones de detección temprana de la hipoacusia, al igual que instrumentos indispensables para la realización del tamizaje auditivo, como son el otoscopio y los materiales sonoros. Además, se afirma que los profesionales responsables de estos programas se constituyen en un punto de referencia para orientar y educar a los padres con respecto al desarrollo del lenguaje y de la audición de sus hijos provocando en ellos mayor atención a la posible aparición de una disminución auditiva.

En relación con la población menor de seis meses, en el año 1996 Joya, Rodríguez y Torres (25) identificaron que en el país no se estaba aplicando ningún tipo de prueba auditiva a los recién nacidos, entre otros factores, por el no establecimiento de la obligatoriedad de esta prueba, por el costo de la tecnología para la realización de pruebas objetivas y por la falta de seguimiento para un diagnóstico audiológico a los menores detectados en algunos hospitales de la ciudad de Bogotá, que en esa época adelantaban algún tipo de tamizaje (Hospital Materno Infantil, Hospital Militar y Hospital de Kennedy).

Los anteriores reportes son sustentos que permiten observar que no se garantiza a los usuarios del SGSSS su ubicación en una ruta de atención y manejo, para realizar una detección, diagnóstico y atención oportunos dentro del sistema, buscando equiparar sus oportunidades de acceder tempranamente a una forma de comunicación y al desarrollo de sus potencialidades y capacidades, lo que repercute en la forma de independencia que se pueda tener como ser humano con derecho a gozar de calidad de vida.

Las conclusiones de las anteriores investigaciones manifiestan ciertas condiciones existentes en algunas partes del país y crean la necesidad de ampliar el conocimiento sobre las condiciones territoriales del sector público para las acciones de promoción y prevención de acuerdo a las responsabilidades que les conciernen según el Plan Nacional de Salud Pública (26) y los programas de promoción y prevención, es decir, Empresas Promotoras de Salud (EPS), las Administradoras de Riesgos Profesionales (ARS) y organismos regionales y locales de salud.

Estos argumentos contribuyeron a decidir una vez más, sobre la importancia de realizar el estudio investigativo, que se propuso identificar y describir las condiciones de los servicios de salud para la detección de la hipoacusia en población menor de 6 meses, de las IPS ubicadas en Bogotá, Tunja, y en los municipios de Siachoque y Chiquinquirá de Boyacá, a partir del conocimiento que tienen los profesionales de los niveles administrativo y asistencial sobre estos procesos(26), en concordancia con el análisis de las disposiciones normativas y procedimentales relacionadas con la promoción en salud y prevención en Colombia. Esta indagación permitió generar recomendaciones para optimizar los procedimientos para la detección oportuna de la hipoacusia en el territorio nacional.

Para lograr este propósito fue necesario analizar información documental disponible desde el Congreso de Colombia, el MPS, la CRES y el Departamento Administrativo de la Función Pública, relacionada con los servicios para la promoción en salud auditiva y prevención de la hipoacusia, específicamente en lo relacionado con la estructura, la organización y el funcionamiento institucional, para adelantar estas acciones en los territorios(27).

Así mismo, en un segundo momento fue necesario conocer las condiciones reales con las que cuentan las IPS en los territorios respecto a la estructura, la organización y el funcionamiento institucional. Siendo estos los indicadores definidos (28) por el equipo investigador, con el propósito de obtener información de una situación concreta particular, a partir de lo enunciado desde el nivel político, lo que asumen las administradoras de salud y lo que aplican las IPS para el beneficio de los usuarios dentro del SGSS.

Para efectos de esta investigación los conceptos se definieron de la siguiente manera:

Estructura: Se observó la distribución y orden de las partes del organigrama del SGSSS territorial cuyas acciones son inherentes a la promoción y prevención, además de la proveniencia de los recursos económicos para el financiamiento de los programas de promoción y prevención; y la variable Organización y Funcionamiento, donde se observó las características y lineamientos del SGSSS territorial cuyas acciones son inherentes a la prestación de servicios en los territorios, en la cual se brindara información relacionada con las actividades y acciones realizadas en los programas de promoción y prevención, los recursos humanos, físicos y apoyo técnico y tecnológico o dotación de equipos, disponibles en el SGSSS territorial.

Esta indagación se hizo a partir del conocimiento de los profesionales del nivel administrativo y asistencial de las IPS en cuanto a las funciones que ejercen diferentes organismos del SGSSS, provenien-

cia de recursos económicos, acciones contempladas en promoción y prevención, normativas ó lineamientos relacionados con la salud auditiva y prevención de la hipoacusia, incluidos en los programas de promoción y prevención; entidades responsables en velar por la salud auditiva de los colombianos, instancias que pueden definir, desarrollar y priorizar actividades de protección específica y detección temprana, de interés en salud pública; acciones relacionados con la salud auditiva y prevención de la hipoacusia y su documentación respectiva; profesionales encargados de realizar acciones de promoción de la salud auditiva y prevención o detección de la hipoacusia en los programas de promoción y prevención de la salud en las IPS y, finalmente, recursos humanos, técnicos, tecnológicos y financieros con que se cuenta para el desarrollo de estas acciones.

METODOLOGÍA

Por su alcance esta investigación es de tipo descriptivo. Se propuso caracterizar las condiciones territoriales de estructura, organización y funcionamiento institucional con las que cuentan las IPS para adelantar acciones de promoción y prevención, específicamente de la detección de la hipoacusia en Bogotá, Tunja y en los municipios de Siachoque y Chiquinquirá de Boyacá.

El método de investigación utilizado fue observacional cualitativo, de enfoque analítico-sintético, ya que se buscó conocer cada una de las partes que caracterizaban la realidad del estado actual de los servicios de salud estudiados a través de la indagación de los saberes, sobre la estructura, la organización y el funcionamiento institucional, de los profesionales administrativos y asistenciales de las IPS seleccionadas.

La selección de las IPS participantes se llevó a cabo a través de técnicas estadísticas no probabilísticas, con base en el índice de prevalencia de población con hipoacusia menor de tres años existente en las localidades de Bogotá y en los municipios de Boyacá. Un segundo criterio a tener en cuenta fue el contacto establecido y la voluntad de participación de los entes territoriales la cual fue obtenida a través del Ministerio de la Protección Social, en el departamento de Boyacá, en donde a través de una muestra con la participación de los profesionales del nivel administrativo y asistencial, se permitiera obtener información significativa sobre las condiciones territoriales.

Fue así como la muestra se constituyó con seis IPS pertenecientes a los territorios del departamento de Boyacá: Tunja, Siachoque, Chiquinquirá, y en Bogotá en las localidades de Ciudad Bolívar, Kennedy y Bosa. En total se realizaron 156 encuestas, de las cuales, el 9% pertenecen al departamento de Boyacá y el 91% restante a Bogotá (Cundinamarca). La mayor participación de profesionales en Bogotá está en correspondencia con la extensión de las áreas geográficas y cantidad de población.

Del total de encuestas, el 13% fueron respondidas por personal del nivel administrativo (20 encuestas), y el 87% restante (136 encuestas) por profesionales del nivel asistencial del área de promoción y prevención en salud, representados (Ver tabl 1)

Para la recolección de la información, se determinó el diseño y aplicación de instrumentos así:

	ADMINISTRATIVOS	ASISTENCIALES
BOGOTA	11	123
TUNJA	1	5
CHIQUINQUIRA	2	4
SIACHOQUE	1	1
SIN RESPONDER	5	3
TOTAL	20	136

Tabla 1. Distribución de personal encuestado.

En primer lugar, se realizó una revisión documental relacionada con la normatividad existente, a fin de conocer las leyes, decretos ó resoluciones que respaldan las acciones de promoción y prevención de la salud, específicamente de lo relacionado con la salud auditiva. De esta manera se establecieron y registraron los aspectos de análisis del contenido de documentos legales, guías y normas emanados de la República de Colombia, el Congreso de Colombia, el MPS, la CRES y el Departamento Administrativo de la Función Pública, relacionados con la promoción y prevención de la salud en general, y de la salud auditiva en particular. A partir de allí, se diseñó una matriz documental que permitiera organizar, clasificar y organizar la información acorde con las variables seleccionadas

La búsqueda y captura de dicha información se obtuvo a partir de los siguientes componentes de la matriz: Tipo de documento, Fecha, Autor, Título, Fuente, Ubicación. Adicionalmente la selección de la información y distribución en la matriz se asoció al contenido del documento y su relación con las variables de estudio: estructura, organización y funcionamiento del SGSSS.

En segundo lugar y como parte de la segunda fase investigativa, se diseñaron dos encuestas dirigidas, una a los profesionales del nivel administrativo y la segunda a profesionales del nivel asistencial pertenecientes a las Empresas Sociales del Estado (ESE) e IPS, con el fin de capturar la información relacionada con la estructura, organización y funcionamiento institucional, para el desarrollo de acciones de promoción de la salud auditiva y prevención de la hipoacusia en particular. Las encuestas se diligenciaron en las localidades de Bosa, Kenedy y Ciudad Bolívar de la ciudad de Bogotá; Tunja y los municipios de Siachoque y Chiquinquirá en Boyacá, de lo cual se obtuvo los siguientes resultados.

RESULTADOS

Se estableció que la menor participación de personal administrativo con respecto al asistencial, corresponde a que son coordinadores de los programas o referentes de discapacidad que cumplen funciones administrativas y por tanto tienen a cargo el personal asistencial. El número de personal asistencial es mayor, en tanto tienen la responsabilidad directa en la ejecución de acciones de prevención. De esta misma forma, los profesionales del nivel administrativo y asistencial pertenecen en su mayoría a la localidad de Ciudad Bolívar en Bogotá: 40% y 71% respectivamente.

De los profesionales encuestados se encuentra mayor porcentaje de participación de la enfermera jefe, representados a través de la figura No. 1:

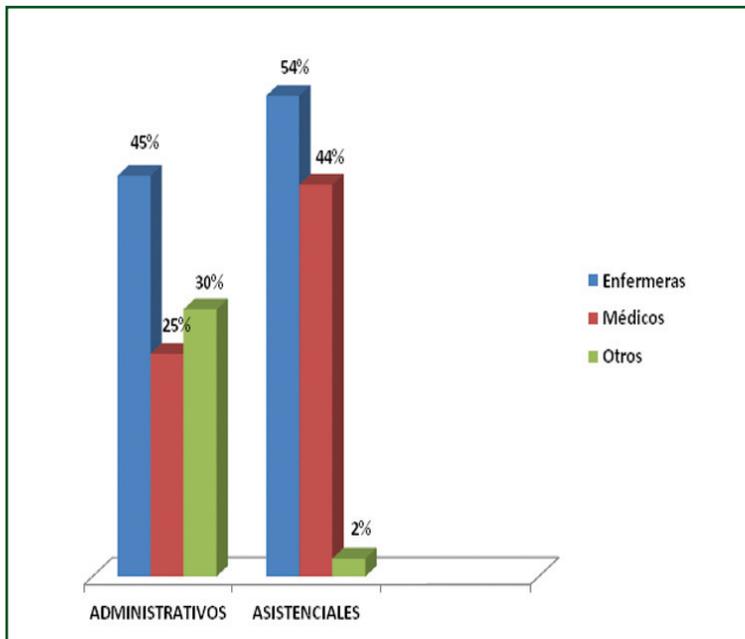


Figura 1. Profesiones del personal administrativo y asistencial

Así mismo, para caracterizar la muestra de los participantes del nivel administrativo y asistencial se identificó el número de años de experiencia en el desarrollo de acciones de promoción y prevención, encontrando mayor porcentaje en el rango de experiencia menor a un año, tanto de los profesionales administrativos como asistenciales, y en menor porcentaje la experiencia de 4 años de los administrativos y 7 años en los asistenciales, representados en la figura No. 2:

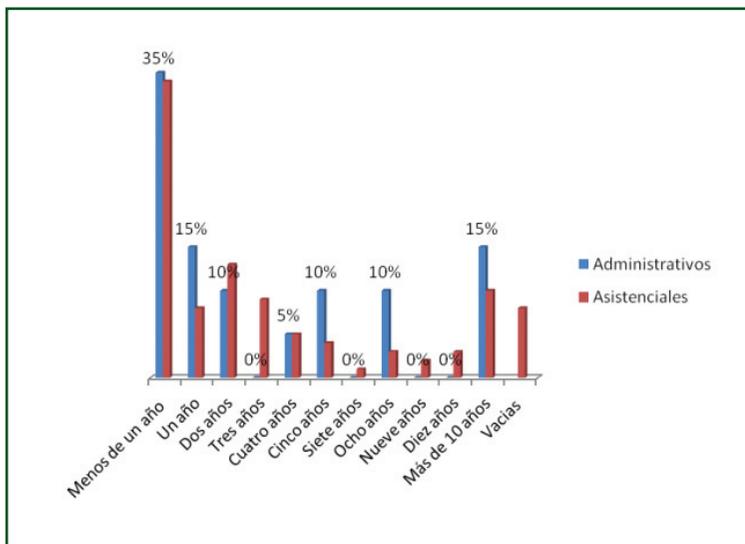


Figura 2. Años de experiencia personal administrativo y asistencial

En los programas de promoción y prevención predominan los profesionales con menos de un año de experiencia, lo que puede hacer suponer que estas responsabilidades se delegan a personal recién egresado o de pregrado.

En relación con los resultados de la primera fase investigativa, en la revisión documental se hallaron 18 unidades de análisis (entre

leyes, decretos, resoluciones y acuerdos) y dos unidades de tipo técnico (Guía y norma) relacionados con la aplicación de políticas para promoción y prevención entre los años 1993 a 2009 (Ver tabla 2).

Del análisis se deduce que los recursos para salud pública competen a todos los actores del sector salud y las fuentes de financiación incluyen los recursos destinados del presupuesto general de la Nación para la salud pública, subcuenta de promoción de la salud del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), recursos del componente de salud pública del Sistema General de Participaciones, así como los recursos propios que las entidades territoriales destinen del plan de salud pública de intervenciones colectivas.

Las acciones de promoción y prevención forman parte del SGSSS cuya estructura (Figura No. 3) se establece mediante la Ley 100 (18). De acuerdo con esta Ley, el sistema es la instancia que dirige, coordina y controla la seguridad social en salud como servicio público esencial obligatorio, y que es prestado por las entidades públicas o privadas.

El Ministerio de Protección Social (MPS)(29) es el órgano rector del sistema que establece los mecanismos de evaluación, a través de los indicadores de gestión, y los resultados en salud para todos los actores que operan en el SGSSS.

A dicho Ministerio y al CRES, les compete emitir el aval a las Direcciones Territoriales de Salud y Entidades de Salud Departamentales, sobre los planes, programas y proyectos que se presenten alrededor de las propuestas para la protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés público.

Las determinaciones, información o decisiones relacionadas con promoción de la salud y/o prevención en general, y de la salud auditiva y/o hipoacusia en particular, se encuentran ubicadas dentro del SGSSS, la que las concibe como un servicio público esencial y obligatorio dirigido, coordinado y controlado por el estado y prestado por entidades públicas o privadas.

La CRES (29) es la encargada de la dirección y regulación administrativa para la evaluación por resultados en el sistema, acorde con la temática de la ley. En los entes territoriales operan los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud (CTSSS).

La Superintendencia Nacional de Salud cumple con funciones de financiamiento, aseguramiento, prestación de servicios de atención en salud pública (individual y colectiva, en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación), atención al usuario y participación social, eje de acciones y medidas especiales, información y focalización de los subsidios en salud.

Se concluye así, que el sistema posee una estructura jerárquica desde organismos de dirección, vigilancia y control, pasando por los contribuyentes y beneficiarios, hasta llegar a los organismos prestadores de servicios y comités de participación comunitaria.

Las directrices para la organización y el funcionamiento (30, 31) de acciones de promoción y prevención parten del nivel nacional e integran todos los niveles territoriales, las instituciones de dirección,

UNIDADES DE ANÁLISIS	
Ley 1122 de 2007	"Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones".
Ley 100 de 1993	"Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones".
Ley 982 de 2005	"Por la cual se establecen normas tendientes a la equiparación de oportunidades para las personas sordas y sordociegas y se dictan otras disposiciones".
Ley 715 de 2001	"Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros".
Ley 1145 de 2007	"Por medio de la cual se organiza el Sistema Nacional de Discapacidad y se dictan otras disposiciones".
Ley 361 de 1997	"Por la cual se establecen mecanismos de integración social de la personas con limitación y se dictan otras disposiciones".
Ley 324 de 1996	"Por la cual se crean algunas normas a favor de la población sorda".
Ley 1098 de 2006	"Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia".
Conpes 80 Social.	"Política Pública Nacional de Discapacidad"
Decreto 3039 de 2007	"Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Publica 2007-2010".
Decreto 205 de 2003	"Por el cual se determinan los objetivos, la estructura orgánica y las funciones del Ministerio de la Protección Social y se dictan otras disposiciones".
Resolución 425 de 2008	"Por la cual se define la Metodología para la Elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones colectivas a cargo de las Entidades Territoriales".
Resolución 412 de 2000	" Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública".
Acuerdo 011 del 29 de Enero de 2010	"Por el cual se da cumplimiento al Auto No. 342 de 2009 de la Honorable Corte Constitucional".
Acuerdo 08 de Diciembre 29 de 2009	"Por el cual se aclaran y actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivos y Subsidiados".
Acuerdo 117 de 1.998	"Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública".
Acuerdo 306 de 2005	Derogado por el art. 86, Acuerdo de la CRES 03 de 2009 "por medio del cual se define el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado"
Acuerdo 415 de 2009	"Por medio del cual se modifica la forma y condiciones de operación del Régimen Subsidiado del SGSSS y se dictan otras disposiciones".
	Norma Técnica para la Atención del Recién Nacido.
	Guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años.

Tabla 2. Unidades de análisis fase documental



Figura 3. Estructura del sistema general de seguridad social en salud (SGSSS)

las entidades de promoción y prestación de servicios de salud, así como el conjunto de acciones de salud y control de los factores de riesgo.

Las acciones de promoción y prevención en general, dentro del Régimen contributivo y Régimen Subsidiado están a cargo de las Empresas Promotoras de Salud dentro del Plan Obligatorio de

Salud. La prestación de servicios de salud en forma directa por la Nación o por las entidades territoriales, se establece a través de las ESE.

Estas acciones hacen parte de la salud pública, y en este sentido, corresponde a los departamentos, distritos y municipios las funciones de dirección y organización de los servicios de salud para garantizar la salud pública y la oferta de servicios de salud, por instituciones públicas, por contratación de servicios o por el otorgamiento de subsidios a la demanda.

En cuanto a salud pública, sus funciones se encomiendan a la Dirección General de Salud Pública: definición de políticas, planes, programas y procedimientos para la prevención, detección e intervención de los riesgos para la salud y la generación de factores protectores que conlleven un mejoramiento de la calidad de vida (32).

Las Direcciones Territoriales de Salud organizan el Plan de Salud Territorial que comprende acciones del Plan de Salud Pública de intervenciones colectivas y acciones previstas en el POS de régimen contributivo, subsidiado y de riesgos profesionales. Dentro de las líneas de política se contempla: la promoción de la salud, calidad de vida y prevención de los riesgos (33).

Según la Ley 100, para los menores de un año el POS cubre la educación, información y fomento de la salud, el fomento de la lactancia materna, la vigilancia del crecimiento y desarrollo, la prevención de la enfermedad (18,34).

Por su parte, la Ley 982 (27) establece en el Artículo 42 el derecho de todo niño recién nacido a que se estudie tempranamente su capacidad auditiva y se complementa con el Artículo 43 para que los estudios se realicen de acuerdo a la normatividad emanada del MPS para tal efecto. De acuerdo con el Artículo 44, se establece la creación del Programa Nacional de Detección Temprana y Atención de la Hipoacusia, con funciones dirigidas, entre otras, a la investigación, docencia, prevención, detección y atención de la hipoacusia; y a coordinar con las entidades de salud y educativas del país que adhieran al mismo, las campañas de educación relacionadas con detección y prevención de la hipoacusia.

A través del Decreto 3039 (14) se tiene en cuenta dentro de la prevención de los riesgos y atención de los daños, lo relacionado con la salud auditiva. Igualmente el acuerdo 117, incluye entre las actividades y procedimientos, los servicios de detección temprana, en donde en las actividades y procedimientos de alteraciones de crecimiento y desarrollo, ubica lo referente a audición aunque no detalla los procedimientos paso a paso, para la detección oportuna de una hipoacusia. La resolución 412, establece la Detección temprana de las alteraciones del Crecimiento y Desarrollo (Menores de 10 años), en donde de alguna forma se tiene en cuenta la valoración de la audición, aunque no se especifique la forma puntual de cómo hacerlo.

En la Guía Técnica para la Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo (19,35) en el menor de 10 años se establece la necesidad de implementar medidas para el mantenimiento de la salud con actividades de tamizaje, consejería, inmunoprofilaxis y quimioprofilaxis que aseguren la posibilidad de hacer detección

temprana de las alteraciones de la salud, el crecimiento y el desarrollo, facilitar su diagnóstico y tratamiento, reducir la duración de la enfermedad, evitar secuelas, disminuir la incapacidad y prevenir la muerte.

En esta guía dentro de las actividades en niños de 1 a 5 años, se encuentra la valoración auditiva a todo niño con factores de riesgo de hipoacusia, mediante la realización de potenciales evocados auditivos de tallo, en el período neonatal o en los primeros meses de vida. Aquí se identifican como factores de riesgo la ventilación mecánica por más de cinco días, peso en el momento del nacimiento inferior a 1.500 g, hiperbilirrubinemia grave neonatal, malformaciones craneofaciales, meningitis bacteriana a cualquier edad, accidente hipóxico isquémico a cualquier edad, traumatismo craneoencefálico severo, empleo de medicamentos ototóxicos en ciclos sucesivos, presencia de otitis media aguda recidivante o crónica persistente durante más de tres meses y otras infecciones que se asocien con hipoacusia, y antecedentes familiares de sordera neurosensorial.

La Norma Técnica para la Atención del Recién Nacido (30,36) define dentro de su organización los elementos conceptuales y normativos para apoyar, conducir o inducir el proceso de adaptación a la vida extrauterina del recién nacido. Establece las actividades, procedimientos, cuidados e intervenciones que conforman las normas básicas obligatorias, que deben ser garantizadas por las instituciones responsables de la atención del recién nacido, pero en cuanto a la salud auditiva y detección de la hipoacusia no se enuncian actividades específicas, aunque dentro de las actividades puedan estar incluidas actividades relacionadas con la detección de factores de riesgo para pérdida auditiva.

En dicha norma y en relación con promoción de la salud y prevención de riesgos y atención de daños en salud visual, auditiva y cognitiva, se propone como una estrategia promover acciones de inducción a la demanda de servicios de promoción en diferentes espacios educativos, culturales, laborales, deportivos y otros.

El Acuerdo 03 de 2009 (8) incluye dentro del POS-Contributivo y POS-Subsidiado como acciones para promoción de la salud y prevención de la enfermedad, las actividades, procedimientos e intervenciones necesarias para la protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública, según el conjunto de Normas Técnicas y Guías de Atención.

Culminada la primera etapa investigativa con los anteriores resultados de la fase y análisis documental(37), en congruencia con las variables determinadas, en cuanto a la Estructura, Organización y funcionamiento institucional (acciones y recursos particulares), para adelantar acciones de Promoción y prevención, específicamente en las acciones de Detección de la Hipoacusia en la población menor de 6 meses; en la segunda etapa investigativa se encontró que el conocimiento que tienen los profesionales del nivel administrativo y asistencial pertenecientes a las IPS territoriales participantes en el estudio, sobre la estructura, organización, y funcionamiento para adelantar estas acciones de Promoción y prevención de la Salud, se sintetizan así:

En cuanto a la ESTRUCTURA, recordando que el SGSSS posee una estructura jerárquica desde organismos de dirección, vigilancia

y control, pasando por los organismos prestadores de servicios y comités de participación comunitaria y usuarios directos al sistema; en la investigación, se encontró que el reconocimiento que tienen los profesionales del nivel administrativo y asistencial sobre el MPS, ESE e INSOR como entidades del orden nacional responsables de velar por la Salud Auditiva de la población Colombiana y la detección y atención oportuna de la población que tiene hipoacusia, es alto en porcentaje para los administrativos y significativamente más bajo, por los profesionales asistenciales, representado en las figuras 4 y 5.

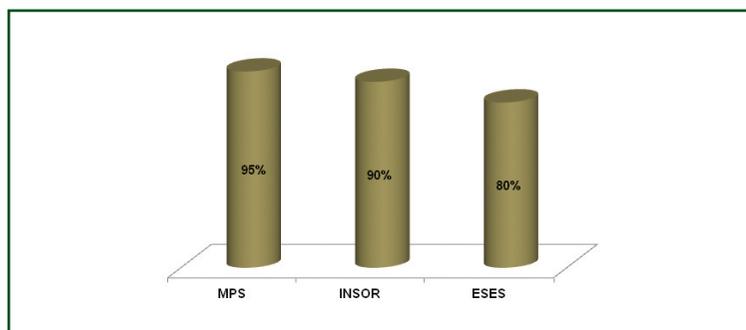


Figura 4. Reconocimiento de entidades del orden nacional Personal administrativo

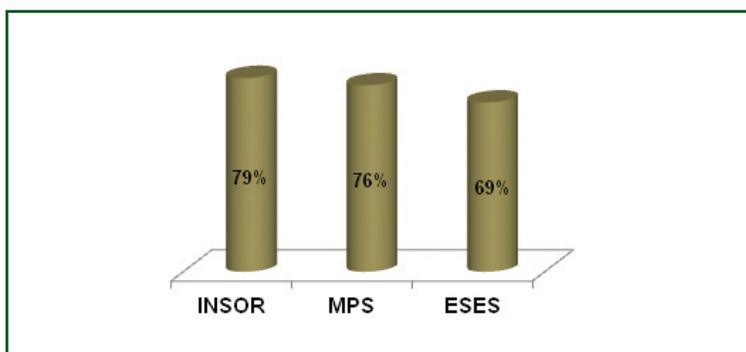


Figura 5. Reconocimiento de entidades del orden nacional Personal asistencial

Se evidencia que los administrativos reconocen principalmente al MPS y los asistenciales al INSOR, desconociendo en parte que la responsabilidad en una misma proporción debe atribuirse a las ESES.

En segundo lugar, los administrativos identifican como organismos de dirección, vigilancia y control en el SGSSS al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, a las Direcciones Seccionales, distritales y locales de Salud y la Superintendencia Nacional en Salud con un 85%,75% y 95% respectivamente. También identifican como organismos responsables de la Administración y financiación de los recursos destinados para la ejecución de acciones de Promoción y prevención de la Salud, al FOSYGA, en un 90%, y a las EPS en un 55%; e identifican como organismos responsables de la Prestación de servicios en promoción y Prevención a las EPS en un 30%, a las IPS en un 85% y a las ESE en un 75%.

Lo anterior visualiza un alto nivel de conocimiento representado en la tabla 3.

ORGANISMO	Dirección, vigilancia y control	Administración y financiación	Prestación de servicios en Promoción y Prevención
Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud	87%		
El Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA		90%	
Entidades Promotoras de Salud - EPS		55%	30%
Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS			85%
Las Direcciones Seccionales, distritales y locales de Salud	75%		
La Superintendencia Nacional en Salud.	95%		
Entidades de Salud adscritas al Ministerio			
Empresas Sociales del Estado - ESE			75%

Tabla 3. Funciones de los organismos del SGSSS

En tercer lugar, dado que las acciones de promoción y prevención en salud dentro del SGSSS se desarrollan a través del POS y de Salud Pública, se indagó a los administrativos sobre la proveniencia de recursos para la prestación de servicios de salud por estas dos instancias, encontrándose que el 80% de ellos identifican que los recursos para el POS provienen de la Unidad de Pago por Capitación – UPC y el 60% identifican la proveniencia de la subcuenta de promoción de la salud del FOSYGA. El 40% de los administrativos conocen que los recursos destinados a la Salud Pública provienen del Presupuesto General de la Nación, el 35% del Sistema General de Participaciones, y el 85% de recursos propios de las entidades territoriales para el Plan de Salud Pública de intervenciones colectivas, tal como se presenta en la tabla 4.

PROVENIENCIA DE RECURSOS	PLAN OBLIGATORIO DE SALUD POS	SALUD PÚBLICA
Unidad de Pago por Capitación - UPC	80%	
Presupuesto General de la nación		40%
Subcuenta de promoción de la salud del FOSYGA	60%	
Sistema General de Participaciones		35%
Recursos propios de las entidades territoriales para el plan de Salud Pública de intervenciones colectivas.		85%

Tabla 4. Conocimiento de los administrativos sobre la proveniencia de recursos

Lo anterior, muestra un bajo reconocimiento de la proveniencia de recursos de la subcuenta de promoción de la salud del FOSYGA para la prestación de servicios de salud en promoción y prevención destinados al POS y un bajo reconocimiento de proveniencia de recurso del Sistema General de Participaciones y del Presupuesto General de la nación, para la prestación de servicios de salud en promoción y prevención destinados a salud pública.

Según el conocimiento de los profesionales asistenciales, en cuarto lugar, se encuentra que las instancias que definen, desarrollan y priorizan actividades de protección específica y detección temprana; son en un mayor porcentaje las ESES (88%), le sigue la Secretaría de Salud del Municipio (69%) y luego las Administradoras del Régimen Subsidiado - ARS -(68%). Las Entidades adaptadas y transformadas se ubican en un puntaje muy por debajo a la media (18%). Lo anterior se representa en la figura 6.

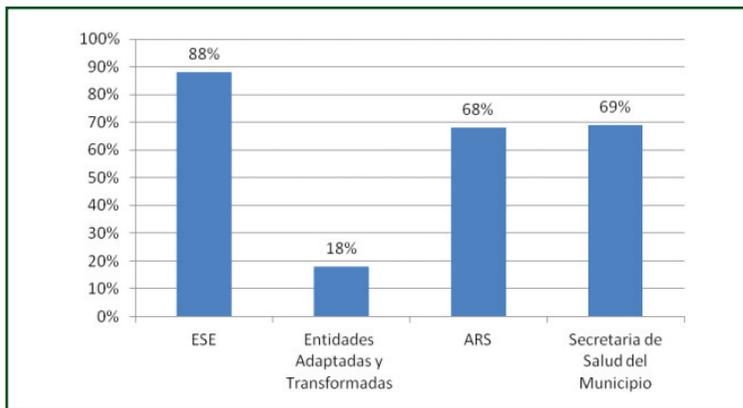


Figura 6. Instancias que identifican los profesionales asistenciales como las que definen, desarrollan y priorizan actividades de protección específica y detección temprana

Se evidencia, exceptuando a las entidades adaptadas y transformadas, que el personal asistencial posee cierta claridad en cuanto a quienes atañe la responsabilidad de definir, desarrollar y priorizar actividades de Protección Específica y Detección Temprana de Interés en Salud Pública.

En quinto lugar, sobre la proveniencia de recursos en la IPS para el funcionamiento de los Programas de Promoción de la Salud, Prevención y Detección de la Hipoacusia, los administrativos consideran que el 60% provienen de la distribución de recursos del Estado, 25% identifican la reinversión de la IPS, 55% identifican al Sistema General de Participaciones y 30% los recursos propios de la IPS, lo cual se visualiza en la figura 7.

Estos porcentajes permiten visualizar que entre el 50 y el 60% de los administrativos encuestados identifican la proveniencia de recursos establecida en la ley 100, sin embargo no identifican, o identifican en menor proporción otros mecanismos de proveer recursos dentro de las IPS como la reinversión o la generación de recursos propios.

Para la descripción de condiciones de estructura, en sexto lugar, se indagó sobre la utilización de recursos relacionados con la Promo-

ción de la Salud Auditiva, Prevención y Detección de la Hipoacusia en los que más invierten las instituciones. Según el personal administrativo, la inversión más alta se realiza en Apoyos Físicos, el personal asistencial considera la mayor inversión en recurso humano. En contraste, la menor inversión desde el punto de vista de los administrativos se realiza en Material de sensibilización a los Programas de Salud Auditiva, Prevención y Detección de la Hipoacusia para distribuir a los afiliados, y desde el punto de vista de los asistenciales, en Apoyos tecnológicos. En detalle, los hallazgos se presentan en la tabla 5.

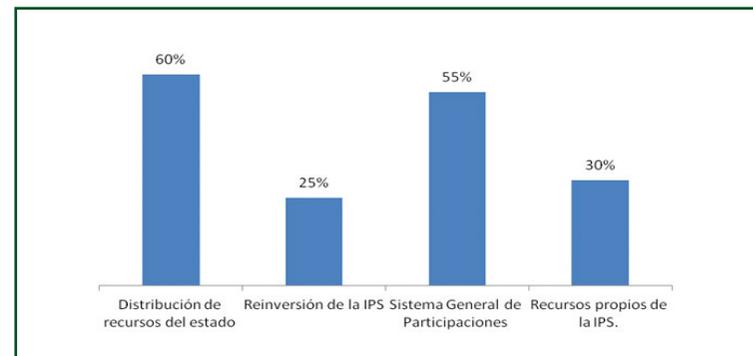


Figura 7. Conocimiento de profesionales administrativos sobre la proveniencia de recursos de las IPS para el funcionamiento de los programas de promoción y prevención

INVERSIÓN EN RECURSOS	ADMINISTRATIVOS	ASISTENCIALES
	Material de sensibilización a los Programas de Salud Auditiva, Prevención y Detección de la Hipoacusia, para distribuir a los afiliados.	15%
Apoyos Físicos	50%	40%
Apoyos Humanos	35%	60%
Apoyos técnicos	40%	29%
Apoyos tecnológicos	30%	21%
Dotación de Equipo	30%	28%
Registros de hipoacusia en menores de 6 meses, 5 años ó 10 años	40%	26%

Tabla 5. Conocimiento de los administrativos sobre la inversión de recursos institucionales.

En séptimo lugar, se indagó sobre los profesionales asistenciales encargados de realizar acciones de Promoción de la salud auditiva y Prevención o Detección de la Hipoacusia en IPS en los Programas de promoción y prevención de la Salud, evidenciando como responsables principalmente al Médico General y la enfermera jefe y en menor porcentaje profesionales como el Pediatra y Especialista en Audiología, tal como se visualiza en la Figura 8.

En octavo lugar, al indagar al personal asistencial sobre las acciones relacionadas con la salud auditiva y la prevención de la Hipoacusia que se desarrollan dentro de los programas de promoción y

prevención, la acción relacionada con la salud auditiva y prevención de la hipoacusia mayormente identificada es la observación del comportamiento (79%) y la de menor porcentaje es el registro de alto riesgo (40%). Figura 9.

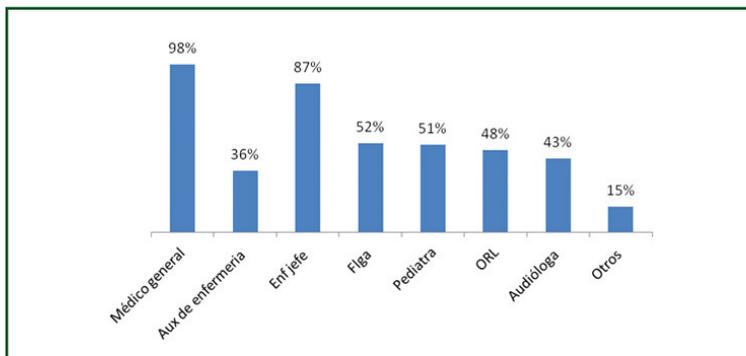


Figura 8. Conocimiento de los profesionales asistenciales sobre los profesionales encargados de realizar acciones de promoción y prevención

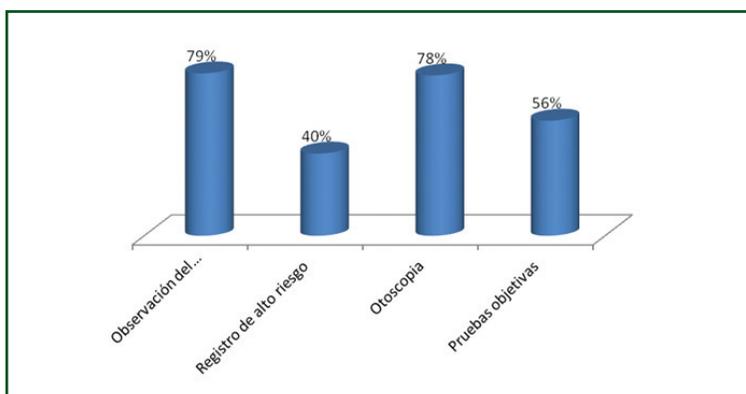


Figura 9. Conocimiento de los profesionales asistenciales sobre las acciones relacionadas con la salud auditiva y prevención de la hipoacusia

En noveno lugar, se indagó a los profesionales asistenciales sobre las acciones relacionadas con la Salud auditiva y prevención de la hipoacusia que se encuentran documentadas dentro de los Programas de promoción y prevención, a lo cual respondieron lo representado en la figura 10.

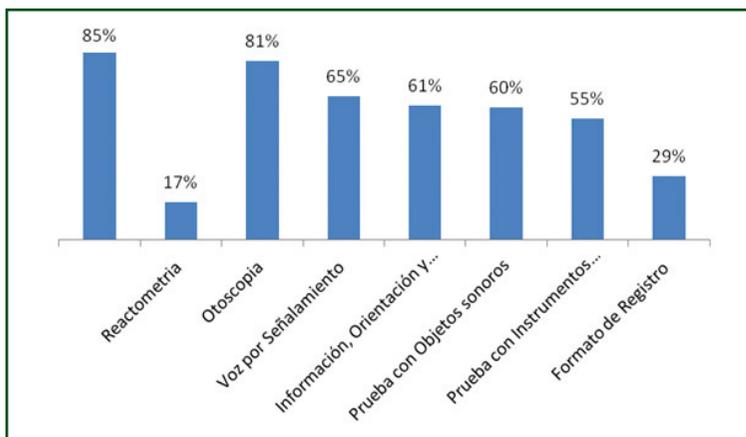


Figura 10. Conocimiento de los profesionales asistenciales sobre las acciones documentadas

Estos datos permiten visualizar porcentajes bajos de documentación de las acciones, principalmente para la reactometría, en la detección de hipoacusia.

En relación con la variable de organización y funcionamiento, la cual se refiere a las características y lineamientos del sistema de salud, relacionadas con los servicios, procesos, funciones y procedimientos, que le son propias a las partes del organigrama del SGSSS, o de otras instancias, cuyas acciones sean inherentes a la promoción y prevención; en primer lugar se indagó a los participantes del nivel administrativo y asistencial acerca de conocimientos y prácticas relacionadas con este aspecto, hallando lo siguiente:

Se evidencia que para el personal administrativo el lineamiento mayormente referenciado es la Guía Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo en el Menor de 10 años. Y en el personal asistencial a Norma Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo en el menor de 10 años. En menor frecuencia, para los administrativos, el Sistema Integral de Información en Salud de la IPS, y para los asistenciales los perfiles epidemiológicos del territorio relacionados con hipoacusia. En detalle se ilustra los resultados a través de la tabla 6.

LINEAMIENTOS TÉCNICOS	PROFESIONALES ADMINISTRATIVOS	PROFESIONALES ASISTENCIALES
Los perfiles epidemiológicos del territorio relacionados con hipoacusia	60%	13%
La normatividad vigente alrededor del tema como por ejemplo el Plan Nacional de Salud Pública	65%	23%
La Norma Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo en el menor de 10 años (Resolución 412 de 2000)	70%	71%
La Guía Técnica para la Detección Temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años	95%	70%
Norma Técnica para el recién Nacido	45%	58%
La Escala Abreviada de Desarrollo	80%	69%
El Sistema Integral de Información en Salud de la IPS	30%	33%
El Instrumento de Tamizaje para la Detección Temprana de Deficiencias Auditivas en los Menores de 5 años publicado por el INSOR	55%	26%

Tabla 6. Conocimiento de los lineamientos técnicos relacionados con la salud auditiva y prevención de la hipoacusia

En segundo lugar, las normativas que promueven los derechos de la población sorda, y que resaltan la importancia de una detección y atención oportuna de la hipoacusia, identificadas con Mayor frecuencia por administrativos y asistenciales es la Resolución 412 de 2000 con un 85% y 59% respectivamente, y en menor frecuencia, para los administrativos son las leyes 324 de 1996 y 361 de 1997 en un 5%, y para los asistenciales la ley 361 de 1997 en un 10%. Tabla 7.

NORMATIVAS	PROFESIONALES ADMINISTRATIVOS	PROFESIONALES ASISTENCIALES
Resolución 412 de 2000	85%	59%
Ley 982 de 2005	18%	20%
Ley 324 de 1996	5%	17%
Ley 361 de 1997	5%	10%
Decreto 3039 de 2007	40%	12%

Tabla 7. Conocimiento de las normativas que promueven los derechos de la población sorda

En tercer lugar, al indagar a administrativos y asistenciales sobre las actividades relacionadas con la Salud Auditiva a nivel colectivo e individual que en la práctica promueven las instituciones dentro de los programas de promoción y prevención, se halló en los profesionales administrativos mayor porcentaje para las convocatorias a padres de familia pertenecientes a la IPS con el fin de ofertar programas de promoción y prevención y brindar información relacionada con el desarrollo integral de sus hijos en los 10 primeros años de vida (60%), y en los asistenciales las capacitaciones dirigidas a los padres de familia que asisten a las consultas de Crecimiento y Desarrollo relacionadas con la Salud Auditiva y Comunicativa (55%). En menor porcentaje, los administrativos consideran que son las capacitaciones dirigidas a los padres de familia que asisten a las consultas de Crecimiento y Desarrollo, relacionadas con la Salud Auditiva y Comunicativa (40%), y los asistenciales las convocatorias a padres (48%). Tabla 8.

En cuarto lugar, en cuanto a los Factores de Riesgo que los profesionales del nivel asistencial tienen en cuenta para la Hipoacusia dentro de los Programas de promoción y prevención, se encontró en mayor porcentaje los antecedentes prenatales (91%), y en menor porcentaje los antecedentes perinatales (71%), representados en la figura 11.

En quinto lugar, se indagó a los profesionales asistenciales sobre los lapsos de tiempo considerados para referencia y contrarreferencia de posibles casos que presentan hipoacusia, encontrándose que,

ACTIVIDADES	PROFESIONALES ADMINISTRATIVOS	PROFESIONALES ASISTENCIALES
Capacitaciones dirigidas a los profesionales que realizan las consultas de Crecimiento y Desarrollo, relacionadas con la Salud Auditiva y Comunicativa.	55%	55%
Capacitaciones dirigidas a los padres de familia que asisten a las consultas de Crecimiento y Desarrollo, relacionadas con la Salud Auditiva y Comunicativa.	40%	51%
Convocatorias a padres de familia pertenecientes a la IPS para ofertar Programas de Promoción y Prevención y brindar información relacionada con el desarrollo integral de sus hijos en los 10 primeros años de vida.	60%	48%

Tabla 8. Conocimiento de las actividades que se promueven en las instituciones

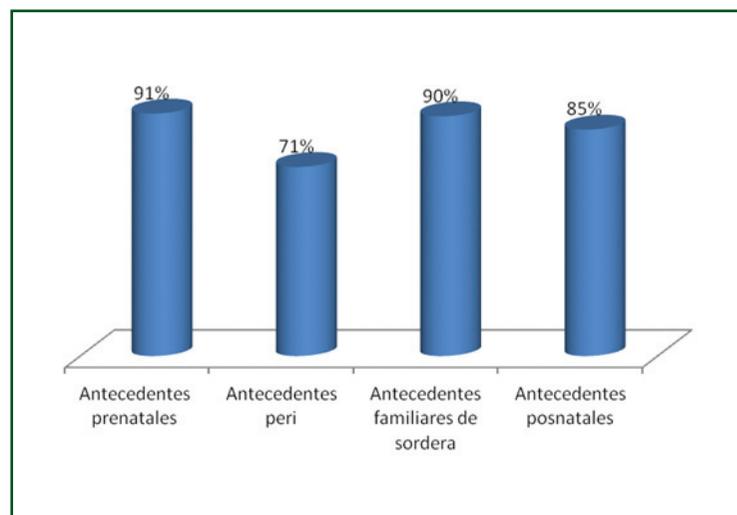


Figura 11. Conocimiento de los profesionales asistenciales sobre los factores de riesgo tenidos en cuenta para hipoacusia.

el 54% del personal asistencial, considera que el lapso es de 1 a 3 meses. Figura 12.

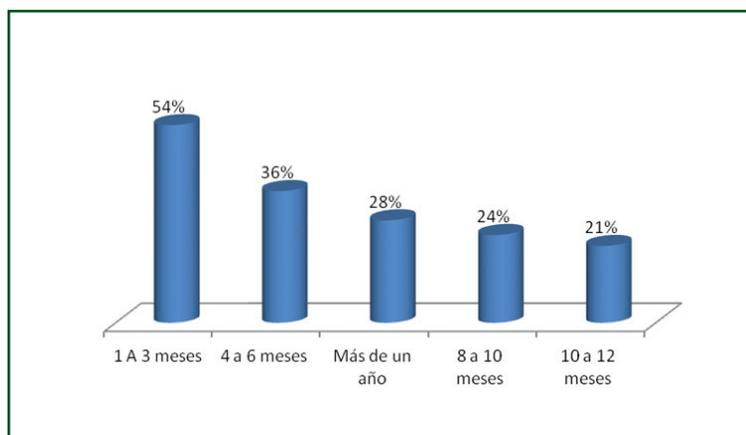


Figura 12. Conocimiento de los profesionales asistenciales sobre los lapsos de tiempo de referencia y contrareferencia

DISCUSIÓN

Desde el análisis documental realizado durante la primera etapa investigativa, se evidencia que la estructura y directrices para la organización y el funcionamiento de acciones de promoción y prevención, parte del nivel nacional e integra todos los niveles territoriales, las instituciones de dirección y las entidades de Promoción y prestación de Servicios de Salud, pero que el hecho de no referenciar de manera específica la Promoción de la Salud auditiva y prevención de la hipoacusia, permite que se pierda el funcionamiento de acciones para el mejoramiento de la Salud Auditiva y Comunicativa como parte de los programas de promoción y prevención que se reflejan en las IPS del nivel territorial y nacional; quedando a la voluntad de muy pocos actores, el hecho de tener conocimiento y practicar actividades relacionadas con el tema para la detección y atención oportuna de una hipoacusia.

De los hallazgos reportados en el desarrollo de la segunda etapa investigativa, es importante resaltar lo siguiente:

En relación a la Estructura para adelantar acciones de promoción y prevención, específicamente en las acciones de detección de la hipoacusia en la población menor de 6 meses; desde el conocimiento de los profesionales del nivel administrativo y asistencial llama la atención que los administrativos reconocen principalmente al MPS y los asistenciales al INSOR, desconociendo en parte que la responsabilidad en una misma proporción debe atribuirse a las ESES, lo cual confirma el hecho de brindar poca atención a la Salud Auditiva a los menores.

Los porcentajes representados en la tabla No. 3, permiten visualizar que se reconoce al FOSYGA como organismo jerárquico de administración y financiación del SGSSS, pero solo un poco más de la mitad de encuestados reconoce en las EPS funciones de administración y financiación. Estos datos indican que hay un bajo reconocimiento para las EPSs como prestadoras de servicios y un poco más alto el reconocimiento que hacia las ESES. En coherencia con lo definido en la ley 100 de 1995, el mayor reconocimiento se dio a las IPS como responsables de la prestación de servicios de promoción y prevención.

En la figura 6 se considera importante tener en cuenta que dentro del cumplimiento de funciones asistenciales en promoción y prevención, el personal conozca las responsabilidades en los diferentes niveles administrativos de la atención en salud, en relación con la definición, desarrollo y priorización de actividades de Protección Específica y Detección Temprana de interés en salud pública, ya que salvo en relación con la función de las ESE, los demás porcentajes de reconocimiento de estas funciones fueron medios, contrastando con porcentajes significativamente altos de no sabe o no responde.

Es importante que desde el nivel administrativo se tenga conocimiento de posibles mecanismos de generación de recursos que tienen las IPS para el desarrollo de acciones de promoción y prevención, para que no se dependa de los que están estipulados por ley únicamente, solo así se podrán atender áreas específicas como la salud auditiva y la detección de la hipoacusia, que posiblemente no se tienen en cuenta a la hora de invertir recursos de la nación.

Tanto desde el nivel administrativo como asistencial se percibe que los recursos más básicos para el desarrollo de acciones, tales como herramientas, materiales, registros, carecen de inversión, o se identifican en muy bajos porcentajes. Así mismo los porcentajes poco significativos en cada uno de los apoyos enunciados contrastan con los porcentajes no sabe o no responde, indicando que no se tiene un conocimiento seguro de estos aspectos.

En la figura 9, relacionada con las acciones para la salud auditiva y prevención de la hipoacusia, se observa que dado que las acciones enunciadas se consideran fundamentales para la detección y atención oportunas de la hipoacusia, los resultados sustentan la necesidad de incrementar la frecuencia con que se realizan dentro de los servicios de salud. Principalmente la acción de más baja frecuencia, como es el registro de alto riesgo, al incrementar su práctica, permitiría lograr un mayor impacto en prevención.

Se evidencia la necesidad de que en todas las consultas de primer nivel en los servicios de salud se logre la práctica de otoscopia, registro de alto riesgo y observación comportamental en un 100%. Igualmente, referenciar hacia la realización de pruebas objetivas pertinentes.

Puede discutirse también si de las acciones reportadas para la detección de la hipoacusia, figura 10, no se cuenta con la documentación, o no se realizan las acciones, en tanto para la reactometría, prueba con instrumentos sonoros, voz por señalamiento, y otoscopia, hay un porcentaje significativo de no sabe o no responde.

En relación a la Organización y Funcionamiento para adelantar acciones de Promoción y prevención, específicamente en las acciones de Detección de la Hipoacusia en la población menor de 6 meses desde el conocimiento de los profesionales del nivel administrativo y asistencial se evidencia que los lineamientos más conocidos corresponden a aquellos que tienen más aplicabilidad práctica en las funciones cotidianas del área de promoción y prevención o en los servicios de salud del POS, como por ejemplo la Norma Técnica para la Detección Temprana de las alteraciones del Crecimiento y Desarrollo en el menor de 10 años (resolución 412 de 2000); y que los lineamientos más integrales a nivel local y territorial, tales como los

sistemas de información en Salud de la IPS, los perfiles epidemiológicos, y planes de salud pública muestran menor conocimiento y aplicabilidad, así como las herramientas técnicas específicas: Instrumento de Tamizaje para la Detección Temprana de Deficiencias Auditivas en los Menores de 5 años, que ameritan un uso prioritario para la detección oportuna de hipoacusias.

La hipoacusia no se encuentra referenciada como prioridad en salud dentro de los lineamientos que poseen una protección más integral, así mismo no se conocen ni se aplican las herramientas básicas para su detección.

Si bien dentro del quehacer en promoción y prevención la resolución 412 de 2000 es la que guía principalmente las acciones de la atención en salud en los menores de 10 años, esta normativa no hace especificidad sobre el procedimiento para evaluar el sentido de la audición, por tanto aunque a nivel administrativo y asistencial es la más reconocida, en el personal asistencial que ejecuta las acciones, no goza de un pleno conocimiento (Es menor del 60%) como referente de aplicación obligatoria. Tanto en esta resolución como en las demás normativas se identifica porcentajes altos de desconocimiento, lo cual se sustenta en los altos porcentajes de no sabe o no responde, sobretodo en el nivel asistencial, el cual supera los porcentajes de reconocimiento.

En términos generales, menos del 20% tanto los profesionales administrativos como asistenciales, identifican el marco legal nacional que promueve la detección y atención oportuna de la hipoacusia, aspecto que debe ser incluido en una recomendación de formación hacia el personal administrativo y asistencial, en tanto desde allí pueden crearse los nexos intersectoriales necesarios para empezar a integrar las acciones de diversos profesionales hacia una atención integral y oportuna de los niños sordos.

Las actividades relacionadas con la Salud Auditiva a nivel colectivo e individual que en la práctica promueven las instituciones dentro de los Programas de promoción y prevención, según el personal administrativo, son las convocatorias a padres de familia pertenecientes a la IPS para ofertar programas de promoción y prevención y brindar información relacionada con el desarrollo integral de sus hijos en los 10 primeros años de vida, y en los asistenciales las capacitaciones dirigidas a los padres de familia que asisten a las consultas de Crecimiento y Desarrollo relacionadas con la Salud Auditiva y Comunicativa.

En cuanto a los factores de riesgo de hipoacusia, figura 11, los datos evidencian porcentajes altos de reconocimiento de antecedentes prenatales, antecedentes familiares, y posnatales relacionados con hipoacusia y sordera, y los que en menor porcentaje se tienen en cuenta, son los riesgos perinatales, por lo que se considera que como factor de riesgo se atiende a su contingencia plenamente.

Con respecto a los lapsos de tiempo considerados para referencia y contrarreferencia de posibles casos que presentan hipoacusia, el personal asistencial considera que el lapso es de 1 a 3 meses, pero no hay claridad si la respuesta es lo que sucede en la práctica del sistema o es lo que ellos consideran que es el lapso ideal, ya que al conversar con algunos profesionales, ellos expresan que esto es difícil determi-

nar puesto que los casos de problemas auditivos detectados durante las consultas, no vuelven a las consultas de crecimiento y desarrollo, y si vuelven es para consultar por otra alteración, y para la época, posiblemente ya hayan superado su problema en el oído.

La propuesta de lo estipulado en la Guía Técnica para la Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años, en donde se establece dentro de las actividades en niños de 1 a 5 años, la valoración auditiva a todo niño con factores de riesgo de hipoacusia, mediante la realización de potenciales evocados auditivos de tallo, en el período neonatal o en los primeros meses de vida, no se conoce ni aplica como actividades prioritarias para el menor de 1 a 5 años, ni siquiera para neonatos con factor de riesgo.

RECOMENDACIONES

Desde el nivel nacional, en un trabajo intersectorial entre el MPS, el INSOR, las ESE, las Entidades Territoriales del país y el Ministerio de Educación Nacional –MEN - entre otros, se recomienda direccionar las acciones y estrategias, que permitan optimizar la capacidad del entorno colombiano para mejorar las condiciones en la Prevención y Detección oportuna de la hipoacusia en el sector salud, al promover la política de salud auditiva e introducir procedimientos o acciones en la vía del cumplimiento de la ley y del derecho constitucional; además de propiciar la promoción de los derechos de la población colombiana, en relación con la valoración temprana de su capacidad auditiva en el Marco del SGSSS.

Para ese cumplimiento se propone:

1. Desde el MPS, reglamentar y dar a conocer la ley 982 que establece el derecho de todo niño recién nacido a que se estudie tempranamente su capacidad auditiva, a través de la creación del Programa Nacional de Detección Temprana y Atención de la Hipoacusia.
2. Revisar y modificar por parte del MPS la resolución 412 e incluir el procedimiento para la valoración auditiva a todo recién nacido, sin importar si tiene o no factores de riesgo asociados; como también considerar el hecho de aumentar la consulta de crecimiento y desarrollo a 30 minutos. Los ajustes de esta resolución contribuirán a su vez a generar condiciones óptimas de salud, en la medida que se cuente con profesionales, instrumentos y procedimientos mínimos para la detección oportuna de la hipoacusia.
3. Desde el MPS actualizar la Norma Técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años (Resolución 412 de 2000), y reglamentar acciones de detección oportuna de la hipoacusia, con base en intervenciones que sean costo efectivas desde Salud Pública.
4. Revisar y aplicar las políticas de Promoción y prevención en Salud Auditiva en el territorio nacional, con respecto a las modificaciones que se adelantan actualmente desde el MPS en relación al CONPES 80 y el decreto 3039.
5. Trabajar MEN - INSOR para que se le brinde capacitación a los profesionales desde la academia haciendo efectiva la Ley 30, garantizando así en la formación Profesional de Salud de postgrado,

- la formación de estudiantes en Promoción de la salud auditiva y prevención de la hipoacusia; además de promover las políticas de atención.
6. Desde el SND, mantener alianzas con la academia para que desde allí se formen los profesionales en normativas y gestión de programas en Promoción de la salud auditiva y comunicativa; y Prevención de la hipoacusia. Coordinar desde el MPS – MEN e INSOR, con las entidades de salud y educativas del país, que adhieran al mismo, las campañas de educación relacionadas con detección y prevención de la hipoacusia.
 7. Trabajar entre los diferentes actores que participan en el Sistema Nacional de Discapacidad – SND-, con el propósito de hacer efectiva la ley 1098 que expone el hecho de definir los Lineamientos Técnicos que las entidades deben cumplir para garantizar los derechos de los niños y niñas, incluyendo la Protección y Atención en Salud Auditiva. Igualmente promover el que se haga efectiva la resolución 425, en la que se menciona en el componente de Promoción de la Salud y Calidad de vida, la Promoción de la Salud auditiva, en coordinación con las EPS.
 8. Desde el MPS, promover el hacer efectivo el acuerdo 415 que destaca los contenidos del plan de beneficios correspondiente, el régimen de copagos, si los hay; la red de prestación de servicios, el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes y los mecanismos dispuestos con la entidad territorial municipal y departamental para garantizar una atención integral en salud y de calidad según las normas vigentes.
 9. Promover desde el SND la aplicación de la Norma Técnica para la Atención del Recién Nacido que propone como uno de sus objetivos disminuir las enfermedades no transmisibles y las discapacidades, y para ello identifica como una de sus estrategias promover acciones de inducción a la demanda a los servicios de promoción de la salud, prevención de los riesgos y atención de los daños en salud auditiva, visual, cognitiva en los espacios educativos, laborales, culturales, deportivos y otros espacios cotidianos, para mejorar las oportunidades y posibilidades futuras de un mejor desarrollo.
 10. Promover en el sector salud la protección de los derechos de todo recién nacido, y conocimientos relacionados con los recursos necesarios y disponibles que pueden posibilitar la prestación integral de los servicios de promoción y prevención, contando con los profesionales, instrumentos y procedimientos mínimos necesarios para la detección oportuna de la hipoacusia.
 11. Promover directrices y orientaciones a las ESEs, para el reconocimiento e inclusión de las acciones de Salud Auditiva en los programas de promoción y prevención, lideradas por el INSOR, con el fin de brindar mayor atención a la Salud Auditiva de los menores e identificar y trabajar sobre rutas de atención y procedimientos, la remisión, referencia y contrarreferencia en lapsos de tiempo asertivos.
 12. Propiciar la investigación alrededor de los Hospitales del conocimiento (32), con el fin de cualificar los procesos entre la norma – la investigación y la práctica, conformado por el equipo humano, en la cual se facilite el trabajo y aplicación de las normativas o implementación de lo relacionado con la Salud Auditiva en los programas de promoción y prevención de la salud. Lo anterior podrá apuntar al mejoramiento de las condiciones territoriales de estructura, organización, y funcionamiento para adelantar acciones de Promoción y prevención de la Salud, específicamente de salud auditiva - comunicativa.
 13. Generar estrategias(33) con Organizaciones, asociaciones que trabajen con la comunidad, para que la información llegue a las familias.
 14. Incluir el formato del Tamizaje auditivo en los programas de Atención Integral de Enfermedades Prevalentes en la Infancia – Programas AIEPI- .
 15. Divulgar y capacitar en normas relacionadas con la Prevención y Detección de la Hipoacusia, y de los procesos administrativos y asistenciales, a los profesionales de los servicios de salud del país; como también brindar el lugar protagónico a las familias y la comunidad para lograr hacer visible la situación de los niños y niñas.
 16. Facilitar el hecho de socializar la presente investigación en los territorios para que las acciones de Promoción y prevención en Salud en los menores de seis meses de edad en Colombia sean realizadas de manera articulada en el sector público, en red con IPS privadas, que permitan la aplicación de políticas, planes y programas tendientes a generar condiciones óptimas de salud, para el desarrollo integral de los niños.
 17. Proponer el mejoramiento de condiciones para desarrollar acciones efectivas de promoción de la salud auditiva y prevención de la hipoacusia, que permita la detección oportuna de ella en los bebés menores de seis meses, al contar con la inversión que provienen de diferentes recursos, como también con el recurso humano idóneo e implementos técnicos y tecnológicos para la realización de acciones en la detección de la hipoacusia.
 18. En alianza INSOR - academia, tener documentadas las acciones para la detección de la hipoacusia, como por ejemplo la Reactometría, prueba con instrumentos sonoros, voz por señalamiento, otoscopia y formato de registro.
 19. Desde el MPS e INSOR, promover y lograr la práctica del registro de alto riesgo, observación comportamental y otoscopia en un 100% en todas las consultas de primer nivel en los servicios de salud, e igualmente referenciar hacia la realización de pruebas objetivas pertinentes.
 20. Desde el MPS e INSOR, promover el hecho de incrementar la frecuencia con que se realizan acciones como el tamizaje auditivo y el registro de alto riesgo, el cual contempla factores desencadenantes de pérdida auditiva como antecedentes familiares, prenatales, perinatales y posnatales, acompañado con la realización de pruebas basadas en la observación del comportamiento primero a estímulos sonoros de instrumentos musicales de diferentes frecuencias e intensidades y a la voz y a tonos puros en cámara sono-amortiguada tratando de registrar en forma objetiva las respuestas reflejas del bebé.
 21. Dar a conocer que los lineamientos más integrales a nivel local y territorial, tales como los sistemas de información en Salud de la IPS, los perfiles epidemiológicos, y planes de salud pública sean conocidos y aplicados, así como las herramientas técnicas específicas, como por ejemplo el Instrumento de tamizaje para la Detección Temprana de la Hipoacusia en los menores de 5 años, que ameritan un uso prioritario para su detección oportuna.

22. Promover en el personal administrativo y asistencial, que en las IPS se realicen actividades dentro los Programas de promoción y prevención como capacitaciones dirigidas a los padres de familia que asisten a las consultas de Crecimiento y Desarrollo, relacionadas con la Salud Auditiva y Comunicativa.
23. Capacitar no solamente al personal administrativo y asistencial en este tema, sino también a los integrantes de los comités de participación comunitaria y usuarios directos al sistema.
24. Verificar que el conocimiento sobre normas, herramientas y recursos disponibles sean conocidos por el nivel local, los beneficiarios y no solo por administrativos.
25. Orientar recursos a capacitación de administrativos y asistenciales que en la actualidad prestan los servicios a esta población en primera infancia.

Dado que, por sus características la promoción de la salud supone una acción intersectorial sólida que hace posible la movilización social requerida para la transformación de las condiciones de salud, es de máxima importancia comprender que la hipoacusia debe detectarse idealmente antes de los 3 meses de edad y comenzar el tratamiento antes de los 6 meses, lo que es fundamental para iniciar el apoyo que permita aumentar las oportunidades de un mejor desarrollo general, pues la edad ideal para recibir atención es antes de los seis meses.

Se espera que máximo a los 6 meses se brinde atención temprana y educación para la población con hipoacusia, favoreciendo el desarrollo lingüístico, cognoscitivo y social de esta población.

Referencia:

Las referencias a otras obras son una parte muy importante en la literatura científica; ya que estas permiten conocer más sobre los autores y mantener vivas sus voces dentro del texto.

1. Ministerio de la Protección Social. Salud Pública: Promoción y prevención. 2006, Disponible Noviembre 19-2008. http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/newsdetail.asp?id=14720&idcompa ny=3&ItemMenu=3_251.
2. Carvajalino I, Escobar J. Determinación de los Factores y aspectos que intervienen en la Detección de la Pérdida Auditiva en el Inicio de su Intervención y la Correlación de estos con la Edad Lingüística en la que se encontraban los niños entre 0 y 12 años con Pérdida Auditiva de origen Prenatal y Perinatal al momento de ser institucionalizados en el ICAL. 2000.
3. Ministerio de Salud. Decreto 2309 de 2002. "Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Art. 3 y Art. 4
4. Ministerio de la Protección Social. Resolución Número 0425 de 2008 por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales.
5. INSOR – Universidad Nacional. Detección de problemas auditivos en menores de 6 meses de edad. Hospital Negativa. Bogotá: 2007
6. INSOR. Lineamientos Técnicos para la Atención en Salud Auditiva y Comunicativa. 2003, p. 28- 30
7. Brigard M E de, Gómez C, González H, Pastoriza S, Rangel P, Restrepo C, et al. Programa de detección temprana de pérdidas auditivas en niños de 0 a 6 meses de edad. Investigación para optar el título de Especialistas en Audiología, Bogotá, Colombia, Corporación Universitaria Iberoamericana: 2003
8. Comisión de Regulación en Salud – CRES – Acuerdo No. 03 de 2009. Por el cual se aclaran y se actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado.
9. Ministerio de Salud. Acuerdo 117 de 1.998. "Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública".
10. Ministerio de Salud. Lineamientos de Atención en Salud para las Personas con deficiencia, Discapacidad y/o Minusvalía. República de Colombia. Bogotá; 1.996. p. 16
11. Ministerio de la Protección Social. Ley 1122 de 2007 (enero 9) "por la cual se hace algunas modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. (SGSSS)". Art. 33.
12. Comisión de Regulación en Salud. Acuerdo 08 de 29 de Diciembre de 2009, "por el cual se aclaran y actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado". República de Colombia

13. INSOR. Validación del Instrumento de Tamizaje para la Detección Temprana de Deficiencias Auditivas en la población menor de cinco años que asiste a las consultas de crecimiento y desarrollo, en siete centros de salud, de la localidad de Usaquén de Bogotá". 2.002, p. 2. y 10.
14. Ministerio de la Protección Social. Decreto No. 3039 de 10 de Agosto de 2007, "Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010.
15. Yoshinaga-Itano C. Early identification and Early Intervention. Presented to the National Symposium on Hearing in Infants, Vail, Co.1995
16. INSOR. Salud Auditiva y Comunicativa. Módulo de Capacitación. Bogotá. 2004
17. Ministerio de Salud. Resolución 412 de 2000, "Por la cual se establecen las -actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en Salud Pública.
18. Ministerio de Salud. Ley 100 de 1993, Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones".
19. Ministerio de la Protección Social. Guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo. República de Colombia. 2.007.
20. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Hipoacusia Neurosensorial bilateral del Prematuro. 2005.
21. Harrison M, Roush J. Age of suspicion, identification and intervention for infants and young children and hearing loss: A national study. *Ear and Hearing*. 2000. 17: 55-62.
22. Carvajalino I, Nuñez M P. Ponencia presentada en el V Congreso de Audiología ASOAUDIO. Bogotá, Colombia; 2006
23. Acta de otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello Vol. 30, Número 2, junio de 2002. Detección temprana de pérdidas auditivas un deber pospuesto.
24. Alonso S, Salas I, Arango C, Bejarano J. Tamización Auditiva en una Muestra de Lactantes de 0 a 6 meses: 2007
25. Joya G, Cachón S, Rodríguez G, Torres A. Efectividad de un Protocolo de Detección Basado en Valoración de tipo Subjetivo durante Primeros días de Vida. 1.996.
26. Ministerio de salud. Niveles de atención en salud en Colombia (sitio en internet) según la resolución No. 5261 de 1994. Disponible en : www.renovaciónmagisterial.org/boletín/boletin23/sa2.pdf.
27. Ministerio de la Protección Social. Ley 982 de 2005. "por la cual se establecen normas tendientes a la equiparación de oportunidades para las personas sordas y sordociegas y se dictan otras disposiciones".
28. Presidencia de la república. Consejería Presidencial de programas especiales. Red de solidaridad Social. Bases para la formación de una Política Pública en Discapacidad para el periodo 2003-2006.
29. Cerda H. Los Elementos de la Investigación. 2ed. Editorial: El Buho Ltda. Santa Fé de Bogotá D.C.
30. Diccionario de la Real Academia Española y las veintiuna Academias que con ella integran la Asociación de Academias de la Lengua Española. drae.rae.es/ - 2k
31. Ministerio de Salud. Norma Técnica para la Atención del recién Nacido. Hace parte de la Resolución 412 de 2000.
32. Universidad del Rosario. Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Capacidad para la Investigación clínica: Un avance conceptual y metodológico. Documento de Investigación No.8 / Marzo de 2010. ISSN: 2145 - 4744.
33. Red de Solidaridad Social, Ministerio de la Protección Social, Comité Regional de Rehabilitación de Antioquia. Política pública en discapacidad. Fortalecimiento y Movilización Social. 2005
34. Castaño Roberto Z. MD, MPH .Tamizaje auditivo neonatal: Una utopía en países en desarrollo. Acta de Otorrinolaringología & cirugía de cabeza y cuello. Vol. 30. 2002
35. Documento CONPES SOCIAL 80. Política Pública Nacional de Discapacidad. 2004
36. Joint Committee of Infant Hearing. Position Statement. ASHA; 2000. P. 36(12):38-
37. Castro E, Rodríguez P. La Investigación en Ciencias Sociales. Más allá del dilema de los métodos. Segunda Edición. Ediciones Uniandes, Grupo Editorial Norma. Santa Fé de Bogotá: 2007.